Complications urinaires des fractures du bassin

Dr M.R TOUATI .CHU B E O

- **Généralités – définition :**

- Toutes les lésions traumatiques intéressant l'urètre postérieur et/ou la vessie au décours d'une fracture des os du bassin.

- Enjeux :
  - De + en + fréquentes (A.V.P,A.C,A.T,A.S)
  - Touche les sujets jeunes (20-35ans)
  - Poly traumatismes++
  - Pronostique : Vital dans l'immédiat

    Fonctionnel tardif : -Urinaire - Sexuel

- **Rappel anatomique :**
-
- **Fractures du bassin :**

-Ruptures de l'anneau pelvien avec disjonction pubienne

-Diastasis de l'articulation sacro iliaque

[Arc anterieur :

- Cadre obturateur
- Branches ilio- et ischio-obturatrices

Dysjonction symphysaires]

A/ Lésions de l'urètre postérieur :

- Etiopathogénie :
  - AVP , AC , AT, AS
  - Fracture du bassin : 5 à 20% de LUP
  - Mécanisme :
    - Indirect+++ (déplacements)
      - Cisaillement (aponévrose moyenne du périnée)
      - Effet guillotine (ligament transverse)
    - Direct
      - Embrochage
      - Ecrasement (Urètre prostatique)

- Anapath :
  - Simple contusion (hématome pariétal)
  - Rupture partielle
  - Rupture totale +/- décalage

- Diagnostic :

  I. *Clinique :*
    - Urétrorragie
    - Hématurie

- RVA avec globe vésical
  - ✓ Mécanique ou reflexe
  - ✓ Retardée ou inexistante (rupture vésicale, état de choc)
- Hématome périnéal <en aile de papillon> tardif++
- TR : ascension du bloc prostato-vésical

II. Radiologie :

- TDM-TAP
- Ecographie
- Radios du bassin: F, P, 3/4A, 3/4O
- Urétrographie rétrograde+++

  -Immédiate (anglo-saxons) J3-J7(autres)

  -Associée à une opacification antégrade , si KT sus pubien en place.

  -Méthode

  - ✓ Résultats
    - ❑ Extravasation du produit de contraste
    - ❑ Arrêt net
    - ❑ Opacification ou non de la vessie.

(Urethrographie rétrograde+cystographie descendante photo)

- **Classification de l'AAST**

Grade 1 : contusion

Grade 2 : étirement

Grade 3 : rupture partielle

Grade 4 : rupture totale (décalage <2cm)

Grade 5 : rupture totale (décalage > 2cm)

IMPORTANT : « LA SIMPLE SUSPICION D'UNE RUPTURE URETRALE DOIT FAIRE BANNIR TOUTE MANŒUVRE ENDO-URETRALE »

Car elle peut :

- *Aggraver* une lésion complète,
- *Compléter* une lésion partielle.

Traitement :

- ❑ Immédiat:
  - Palier à un éventuel état de choc (mesures de réanimation)
  - Rechercher des lésions associées , plus graves, nécessitant une PEC urgente (crane ,thorax ,abdomen..)
  - Mise en place d'une cystostomie a minima (KT sus pubien), sous echo-guidage.

- ❑ Trois approches;
  - *Ancienne* : réparation chirurgicale immédiate

    -Abandonnée (hémorragie++, infection, instabilité osseuse)

    -Sauf en cas de plaie du rectum, d'incarcération ou une lésion du col vésical associée

- *Classique* : réparation chirurgicale différée
  - -KT sus pubien
  - -Urétrorraphie termino-terminale(UTT)
  - -3 à 6 mois (anglo-saxons), J10 (autres)
- *Moderne* : réalignement endoscopique
  - -Dans les deux semaines qui suivent l'accident
  - -Principe : tenté à j 14 -Double abord endoscopique
  - -Cicatrisation urétrale sur une sonde tutrice 18 ch laissée six semaines.

*Urétrotomie interne(U.I)
Uretrorraphie Termino-Terminale
Réalignement endoscopique;

- **Surveillance +++**
  - Régulière, à long terme
  - Guetter les complications :
    - ->Urinaires :
      - -Incontinence : rééducation , sphincter artificiel.
      - -Rétrécissement de l'urètre : urétrotomie interne
    - ->Sexuelles :
      - -Impuissance : Les inhibiteurs de la phosphodiestérase5 IPED5
        injections intra caverneuses

B/ Lésions Vésicales

- **Etiopathogénie :**
  - 30% des fractures du bassin
  - Associées à des lésions urétrales dans 10 à 30%des cas
  - Deux facteurs de risque ++
    - Fracture du bassin (ligaments pubo-vésicaux)
    - Réplétion vésicale (dôme , zone fragile)
- **Anapath :**
  - Lésions non perforantes : -contusions -hématome pariétal
  - Lésions perforantes :
    - - sous péritonéales 60%
    - - intra péritonéales 30%
    - - mixtes 10%
- **Diagnostic :**
  - Clinique :
    - *Difficile +++*
    - hématurie, microscopique ou macroscopique
    - *Empâtement et défense sus pubienne*
    - Impossibilité d'uriner
    - Signes de péritonite (distension abdominale) : RIP, tardifs
  - Radiologie :

- TDM TAP
  - -Lésions viscérales associées
  - -Lésions osseuses
  - -Extravasations du PDC (cysto scan)
- Echographie
  - -Viscères
  - -Epreuve dynamique <echos tourbillonnants>

FRACTURE DU BASSIN + HEMATURIE => CYSTOGRAPHIE OU CYSTO TDM

Protocole : 3 clichés : -non injecte
- injection 350 cc
- après vidange

- Cystographie rétrograde+++
  - 1er temps : Urétrographie rétrogrades , urètre sain,
  - 2ème temps : sondage stérile +++ injection de 350cc de PDC
  - Résultats:
    - -Cysto- normale: rupture colmatée ou contusion
    - -Lacunes : caillotage
    - -Extravasation++ S/P ou IP

- **Classification des L.V selon l'AAST;**
  - -Grade I : contusion, hématome pariétal
  - -Grade II : rupture s/p(RSP) < 02cm
  - -Grade III : RSP>02cm ou RIP<02cm
  - -Grade IV : RIP>02cm
  - -Grade V : RIP ou RSP avec atteinte du col ou du trigone.
- **Traitement :**
  - Repos au lit avec antalgiques
    - *Contusions vésicales.*
  - Traitement conservateur
    - Drainage seul
    - Sonde 24ch, ballonnet peu ou pas gonflé, pendant 2 a 3 semaines
    - *RSP*
  - Traitement chirurgical
    - Parage, suture en deux plans, drainage 2 à 3 semaines
    - *RIP et R.mixtes*
- **Conclusion :**

  -Les fractures du bassin sont pourvoyeuses de lésions urinaires dans plus de 10%des cas

  -Elles sont fréquentes(AVP,AC),mettent le pc vital en jeu(polytraumatismes)ainsi que le pc fonctionnel, urinaire et sexuel a long terme

  -Le sondage vésical doit être strictement interdit en cas de suspicion de lésions urétrales.